UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE-SAINT-LOUIS

Année 1973 N°

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

HÉLÈNE PENET ÉPOUSE LAMBERT
Née le 17 Juillet 1943 à PAU - 64
INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1973

TRANSFERTS ÉPIPLOIQUES LIBRES ET PÉDICULES DANS LE COMBLEMENT DES PERTES DE SUBSTANCE EN CHIRURGIE PLASTIQUE.
(A PROPOS DE 12 CAS)

Président : Monsieur DUPERRAT, Professeur.

UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE-SAINT-LOUIS

Année 1973 N°

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

HÉLÈNE PENET ÉPOUSE LAMBERT
Née le 17 Juillet 1943 à PAU - 64
INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1973

TRANSFERTS ÉPIPLOIQUES LIBRES ET PÉDICULES DANS LE COMBLEMENT DES PERTES DE SUBSTANCE EN CHIRURGIE PLASTIQUE.
(A PROPOS DE 12 CAS)

Président : Monsieur DUPERRAT, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Je dédie ce travail :

à mes parents,

à mon mari,

à mes beaux- parents,

à ma famille,

à mes amis,

Avec toute mon affection.

A Monsieur le Professeur DUPERRAT

Professeur de clinique dermatologique

qui nous a fait le grand honneur d'ac
cepter la présidence de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de notre
profonde gratitude.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542715_0033

A notre Maître le Docteur Claude DUFOURMENTEL

qui nous a confié la réalisation de ce travail.
Nous essaierons de garder de notre séjour dans son service l'enseignement dont nous avons bénéficié.
En témoignage de notre respectueux dévouement.

A Monsieur le Professeur Agrégé BANZET

qui nous a si gentiment aidés dans la réalisation de cette thèse en nous confiant ses dossiers et en nous guidant de ses conseils.
Qu'il soit assuré de notre vive reconnaissance.

A Monsieur le docteur SENECHAL

O.R.L. des hôpitaux

qui nous a toujours montré une extrême gentillesse, une compréhension bienveillante.
Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse affection.

A Monsieur le Docteur Daniel MOREL- FATIO

qui nous a dispensé un enseignement précieux.
Qu'il trouve l'expression de notre vive
gratitude.

A Monsieur le Docteur Daniel MOREL- FATIO

qui nous a dispensé un enseignement précieux.
Qu'il trouve l'expression de notre vive
gratitude.

A Monsieur le Docteur Roger MOULY

A Monsieur le Docteur Daniel MARCHAC

A Monsieur le Professeur Agrégé WITWOET

qui nous ont aidés dans ce travail par les documents qu'ils nous ont confiés.
Avec nos plus vifs remerciements.

A Monsieur le Professeur Agrégé Jacques HUREAU

qui nous a si gentiment accueillis au laboratoire d'anatomie de la faculté Necker.
Avec nos sentiments respectueux et dévoués.

A mes MAITRES dans les Hôpitaux :

Externat:

- Monsieur le docteur LONGUET
- Monsieur le Professeur COUVELAIRE
- Monsieur le Professeur GAULTIER
- Monsieur le Professeur LEMAIRE
- Monsieur le Professeur BOUDIN
- Monsieur le Docteur MATHIVAT

Internat

- Monsieur le docteur BARCAT
- Monsieur le Professeur CERNEA
- Monsieur le docteur SENECHAL
- Monsieur le docteur DUFOURMENTEL
- Monsieur le docteur MOREL-FATIO

P L A N

INTRODUCTION

LES OBSERVATIONS

A) Généralités
B) Observations utilisées
C) Malades traités par lambeau
D) Malades traités par transplant
E) Conclusion

HISTORIQUE

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

RAPPEL ANATOMIQUE

LES TECHNIQUES

I- le lambeau pédiculé
II le transplant
III le drainage

SUITES OPERATOIRES

I MORTALITE
II MORBIDITE
a) complications d'ordre général
b) complications liées à l'intervention
- abdominales
- au niveau de la lésion traitée
1) hématome
2) d'ordre vasculaire
3) infection
4) nécrose

RESULTATS

I) LES LAMBEAUX

II) LES TRANSPLANTS

INDICATIONS OPERATOIRES

I) TERRAIN

II) MALADIE CAUSALE

III) TENTATIVES PLASTIQUES ANTERIEURES

IV) TYPE DE LESION

V) ETENDUE

VI) SIEGE

VII) INFECTION

VIII) PERSPECTIVES D'AVENIR

CONCLUSIONS

I N T R O D U C T I O N

Repli péritonéal richement vascularisé, l'épiploon est employé depuis longtemps en chirurgie viscérale.

A la suite des publications du Roumain KIRICUTA, son emploi connait depuis dix ans un regain d'intérêt dans d'autres domaines, en particulier en chirurgie plastique où il ouvre de grands espoirs.

Nous nous proposons de faire une étude et d'apprécier les premiers résultats des deux techniques d'utilisation de l'épiploon dans le comblement des pertes de substance en chirurgie plastique telles qu'elles ont été réalisées dans le service de notre maître le docteur Claude DUFOURMENTEL :

- LE LAMBEAU PEDICULE
- LE TRANSPLANT LIBRE nécessitant des anastomoses vasculaires.

L E S O B S E R V A T I O N S

A) Nous allons présenter douze observations montrant l'utilisation de l'épiploon dans le comblement des pertes de substance en chirurgie plastique. Dans un esprit analytique, nous nous attacherons à préciser:

- le terrain
- la lésion initiale et sa cause
- la notion d'intervention antérieure
- le type de l'intervention et ses résultats lors du premier pansement puis au premier mois post- opératoire et à distance.

Nous serons au mieux aidés dans l'appréciation de ces résultats par des documents photographiques que nous possédons pour chaque malade.

B) Les observations utilisées pour cette étude, sont celles:

du docteur Claude Dufourmentel dans son service à l'hôpital Saint-Louis;
du professeur agrégé Pierre Banzet;
du docteur Roger Mouly;
du docteur Daniel Marchac;
du professeur agrégé Witwoet dans le service du docteur Lance à l'hôpital Saint-Louis

Le docteur Gandjbach a réalisé les anastomoses vasculaires au cours des transplants.

Sur ces I2 malades, 8 ont été traités par lambeau pédiculé, 4 par transplant.

C) MALADES TRAITES PAR LAMBEAU PEDICULE D' EPIPLOON

Observation I

Madame L. née en I930, subit en juillet I970 une intervention de Halstedt pour cancer du sein droit avec envahissement mammaire externe, en septembre I970, une ovariectomie bilatérale.

De novembre à fin décembre I970, elle reçoit 6000r. sur les creux axillaire et sus claviculaire et une dose analogue sur la chaine mammaire interne. Aprés un mois d'irradiation, apparaissent des lésions radiodystrophiques puis, en fin de traitement, une ulcération qui se creuse, devient douloureuse en périphérie. Les traitements locaux sont inefficaces, et une tentative de greffe en juillet I97I échoue. La malade est vue début I972 avec une vaste perte de substance axillaire surinfectée, trés douloureuse, mesurant I5cm sur I0cm, mettant la plèvre à nu, avec nécrose de trois côtes.

Le sein opposé est petit, non ptosique, les tissus périphériques trés radiodystrophiques, aussi, décide t-on en Mars I972, une transposition d'épiploon pédiculé sur les vaisseaus gastro-épiploiques droite. Il comble ainsi la perte de substance aprés ablation des côtes nécrosées, nettoyage du fond de la cavité et exérèse périphérique de Icm de large. Une greffe de peau mince vient le recouvrir.

L'antibiothérapie commencée en pré-opératoire est poursuivie en pos-opératoire. Au premier pansement le troisième jour, la greffe a bon aspect; les douleurs ont disparu. Au IIème jour, on évacue une " bulle d'air" entre l'épiploon et la greffe. Au I5ème jour, la cicatrisation est bonne en dehors d'une nécrose trés limitée inférieure, de Icm de large,mais touchant les tissus périphériques et non la greffe. La malade quitte le service un mois aprés l'intervention; la greffe est souple et rose.

Observation 2

Madame D. née en I905 est opérée en I946 d'un cancer de l'utérus.Elle subit en mai I946 une radiothérapie à raison de 88 séances.En I952 apparaissent une induration et une pigmentation des zones irradiées, mais ce n'est que I5 ans plus tard,en I967 que l'état s'aggrave.Elle est alors vue pour la première fois porteuse de lésions radiodystrophiques étendues des deux fesses et de la région sus-pubienne ou la radiodystrophie s'étend sur I2cmXI2cm avec une ulcération de 2cm2.Les lésions fessières sont traitées par des lambeaux de rotation dorso-latéraux,mais deux tentatives de couverture de la lésion pubienne par des lambeaux de rotation abdominaux puis cruraux(mai et décembre I968) se soldent par des échecs.La malade est perdue de vue pendant 3 ans et revient en mars I972 avec une perte de substance pubienne de 8cm sur I0cm,surinfectée avec sequestre osseux pubien et fistule vésicale dans le cratère radiodystrophique.L'état général est dégradé.

La cavité est asséchée par dérivation des urines par sonde à demeure,et en mai I972 on décide une couverture par un lambeau épiploique qu'il est inutile de pédiculiser car l'épiploon bien que mince descend bien du fait de l'existence d'un colon transverse mobile à long méso.L'orifice fistuleux vésical est excisé,suturé et l'épiploon cousu autour.Une greffe dermo-épidermique vient le recouvrir.

La malade est mise aux antibiotiques.Au premier pansement la greffe présente des signes de souffrance et s'éliminera alors que l'épiploon est bien vivant.Une nouvelle tentative de greffe en juin I972 permet une cicatrisation satisfaisante avec fermeture de la fistule vésicale.

Observation 3

Madame C. née enI922 présente une maladie de Hodgkin pour laquelle elle a subi en I966 une radiothérapie suivie de cobaltothérapie.Dans un premier temps elle a reçu 2650r sur un champ médiastinal antérieur,3200r sur chaque champ axillo-sus claviculaire droit et gauche;dans un deuxième temps elle a subi une cobaltothérapie à forte dose.Après six mois,apparait une radiodystrophie pré-sternale qu'aggrave une exposition au soleil.Elle est vue en juin I972 en rémission, porteuse d'une radiodermite pré-sternale avec radio-nécrose profonde à la partie inférieure.Cette lésion est surinfectée, et très douloureuse.Une autoplastie à partir des seins pourrait se discuter,mais on préfére monter un lambeau d'épiploon pédiculé sur les vaisseaux gastro-épiploiques droits,tunnélisé en pré-xyphoidien,couvrant ainsi une perte de substance de I0cm de large sur 20cm de Haut,après excision de la plage radiodystrophique et du sternum nécrosé dont on garde une épaisseur suffisante de corticale postérieure.L'épiploon est recouvert d' une greffe de peau mince.

Les suites opératoires sont simples:la malade est mise aux antibiotiques et aux anticoagulants.Les douleurs à type de brulures disparaissent dès le lendemain de l'intervention.Le transit reprend au troisième jour et lors du premier pansement la greffe est vivante et intégralement prise.La malade sort au I5ème jour après l'intervention.

Observation 4

M.L agée de 48 ans,découvre en mars I972 un nodule du sein droit.Elle subit en avril I972 une ovariectomie bilatérale puis une cobaltothérapie pré-opératoire:6000r sont délivrés au

sein et à la chaine mammaire interne homolatérale,8000r au quadrant supéro-externe!Les creux sus et sous claviculaires reçoivent 5800r.IL n'y a pas d'ulcération en fin d'irradiation. En aout I972,après intervention de Halstedt apparait une fissuration longitudinale du quadrant supéro-externe puis une ulcération qui s'accroit en I5 jours pour atteindre 6cm sur 3 cm.Elle est vue en octobre I972 en radiodermite aigue avec une ulcération infectée,nécrotique,et des tissus périphériques très radiodystrophiques.

ON décide d'attendre le mois de décembre I972 pour pratiquer l'excision des tissus radio-nécrotiques et la couverture par un lambeau épiploique pédiculé sur les vaisseaux gastro-épiploiques droits.

Les suites opératoires sont simples.La malade est mise aux antibiotiques.Aupremier pansement le 5ème jour,la greffe est de bonne qualité,prise en totalité,et la malade quitte le service trois semaines après l'intervention.

Observation 5

Madame S. née en I906 est opérée il y a I5 ans d'un cancer du sein droit.Pendant trois ans,elle subit une radiothérapie post-opératoire!Les lésions radiodystrophiques n'apparaissent que sept ans après la fin de l'irradiation et s'accentuent en mai I972 où survient une ulcération après grattage.La malade est vue en décembre I972 avec une radionécrose thoracique droite surinfectée et lyse costale.

ON pratique en janvier I973 l'excision de la zone radio-nécrotique et la résection d'une côte.La plèvre est lardacée. La couverture est assurée par un lambeau épiploique pédiculé sur les vaisseaux gastro-épiploiques gauches et une greffe de peau mince.

Les suites opératoires sont simples,La prise de greffe excellente et la malade sort au I5ème jour.

Observation 6

Madame L., 73ans, est opérée en Mai I97I d'un cancer du sein droit. Elle subit une cobaltothérapie post-opératoire massive. Au décours de l'intervention, apparait un gros bras droit et un défaut de cicatrisation à la partie moyenne.On pratique alors six interventions successives dans un but de couverture; elles ne font qu'aggraver le tableau. La malade est vue en Décembre I972, avec une radio-nécrose thoracique de IOcm sur 4cm, infectée, avec nécrose d'une côte. Cette lésion est trés douloureuse avec sensation de constriction thoracique pénible. Les tissus locaux sont de trés mauvaise quálité, le sein opposé présente les cicatrices d'une ébauche de lambeau de Sanvenero Rossellá.

On décide donc, devant l'impossibilité de couverture locale de transposer un lambeau d'épiploon pédiculé sur les vaisseaux gastro-épiploiques droits. On doit exciser auparavant 5cm des 2ème et 3ème côtes dont le tissu médullaire parait infecté, ainsi qu'un moignon cartilagineux en voie de nécrose.

La greffe prend en totalité, mais, malgré l'antibiothérapie post- opératoire, des zones de suppuration supérieure et inférieure apparaissent et les douleurs persistent faisant suspecter une ostéite thoracique. On réintervient en Février I973 et on découvre à la partie supérieure une ostéite manifeste semblant remonter jusqu'au sternum. On pratique un large nettoyage. A l'heure actuelle la malade va bien.

Observation 7

Madame L., née en I909, subit en I952 une tumorectomie suivie de radiothérapie conventielle pour cancer du sein droit. En I960, devant l'apparition d'un petit nodule, on pratique une cobaltothérapie pendant trois mois,puis en Juillet I96I une mammectomie totale. En I972, apparait une ulcération pré-sternale qui s'accroit, et la malade est vue avec une radionécrose pré-sternale et chondrale droite, une peau trés tendue par la résection du sein et un gros épaississement sous-cutané de la région sus-claviculaire droite.

En Janvier 1973, aprés résection de la 4° côte et du tissu scléreux peu vasculaire,on pratique une couverture par un lambeau d'épi ploon conservant les deux pédicules gastro épiploiques droit et gauche tunnélisé sous la peau, et recouvert d'une greffe dermo-épidermique.

Les suites opératoires sont excellentes. La malade est mise aux antibiotiques pendant six jours. Au premier pansement le 3° jour, la greffe est prise en totalité, l'épiploon bien en place et parfaitement trophique. La malade quitte le service trois semaines aprés l'intervention.

Observation 8

Madame M. née en 1912, subit en Juillet 1968 pour cancer du sein droit, une castration suivie d'une intervention de Halstedt avec cobaltothérapie pré et post- opératoire. Dans les suites immédiates de l'intervention, apparait une ulcération axillaire. En Mars 1970, à Reims, on tente une couverture par un lambeau de rotation à pédicule postérieur taillé en dessous de la perte de substance; il se nécrose.

Elle est vue en Novembre 1972 avec une radio-nécrose thoraco-axillaire droite, ulcérée sur 6cm x 2 cm, à fond nécrotique entourée de tissu rétractile limitant les mouvements du bras. Une greffe recouvre la perte de substance du lambeau.

En Février 1973, on excise l'ulcération, ce qui conduit à une perte de substance de 15cm sur 10cm dont le fond est le creux sous axillaire et qui saigne en nappe. On la tapisse de spongel. Une fois l'excision faite, le bras peut être écarté du corps sans traction excessive. ON amène un lambeau épiploique de 30cm de long, pédiculé sur les vaisseaux gastro-épiploiques gauches et tunnélisé de manière para-médiane afin d'éviter la zone greffée. Drain de redon sous l'épiploon.

Les suites opératoires sont marquées par la survenue d'une nécrose de 5cm sur 2cm à la partie supéro-interne de la greffe due à un hématome, mais l'épiploon en dessous est bien vascularisé et de coloration rose. La malade est encore hospitalisée.

D) MALADES TRAITES PAR TRANSPLANT

Observation 9

Monsieur B. né en I956 présente une hémiatrophie faciale droite apparue progressivement depuis I968.On effectue en juin I969 et en mars I970 un comblement par deux inclusions de silastic,qu'il faut retirer en Juillet I97I.Le malade est revu en juillet I972 désirant une nouvelle intervention.On décide de combler la joue droite par un transplant d'épiploon gardant les vaisseaux gastro-épiploiques droits qui sont anastomosés à la carotide externe et à la jugulaire interne en termino-latérale.L'épiploon est glissé dans le décollement des téguments jugaux après incision de lifting;il n'est pas fixé au plan profond.Fermeture cutanée sur drain de Redon.

En post-opératoire le malade est mis aux antibiotiques et aux anticoagulants:héparine pendant trois jours.Le drainage est enlevé au 5ème jour.Au 7ème jour,on évacue un hématome jugal droit;on voit alors des veines épiploiques thrombosées.Un mois après l'intervention,la joue est hypertrophique et on perçoit des pouls à différents niveaux jugaux.

L'artériographie carotidienne,un mois après l'intervention montre une occlusion vraisemblable du pédicule du greffon,mais une néo-vascularisation par des vaisseaux de voisinage.

Le malade est revu en janvier I973,six mois après l'intervention:la joue est atrophique;le transplant s'est résorbé.On décide d'inclure une prothèse d'élastomère et d'apprécier en per-opératoire l'état de l'épiploon.Par une incision naso-génienne,on constate,après un décollement limité,que l'on ne trouve rien qui ressemble à de l'épiploon.On inclut alors la prothèse.Le résultat est jusquà présent excellent et le malade satisfait de son nouveau visage.

Observation I0

Madame G. née en I927 et vue en I963 présente une atrophie faciale bilatérale,asymétrique prédominant à droite et stabilisée depuis 20 ans.On tente en I963 une correction par mise en place de deux grandes greffes dermo-graisseuses dont le résultat satisfaisant dans l'immédiat se détériore progressivement.Elle est revue en février I972,le visage a repris un aspect décharné et il existe deux kystes jugaux droits.En novembre I972 on décide d'implanter un fragment d'épiploon gardant les vaisseaux gastro-épiploiques droits qui sont anastomosés à la jugulaire interne en termino-latéral, et à l'artère thyroidienne supérieure en termino-terminal. L'épiploon est tassé dans le décollement jugal, fixé en périphérie. L'incision est refermée sur un drain de Redon.

La malade est mise sous antibiotiques et anticoagulants (calciparine pendant 8 jours) Le Redon enlevé au 4° jour, n'aura pas empéché la constitution d'un hématome qui sera évacué chirurgicalement. L'anastomose semble perméable, comme en témoigne la perception de battements artériels jugaux.

L'artériographie un mois aprés l'intervention, montre une néovascularisation du greffon.

Trois mois aprés, la joue est atrophique, et il ne persiste qu'un comblement de la région angulo-maxillaire.

Observation 11

Mademoiselle F. née en 1946, est opérée à l'âge de 6ans d'un méningiome, et subit une radiothérapie post-opératoire. En 1972, elle présente une radiodermite du cuir chevelu avec alopécie cranienne,et une zone d'ostéo-radionécrose de 5cm sur 5cm. Ces lésions s'accompagnent d'un prurit intense.

En Janvier 1973, on décide une couverture par un transplant d'épiploon. Aprés résection de la totalité des téguments de l'apex cranien, on résèque la voûte cranienne réduite dans son épaisseur, en respectant la dure- mère sur une surface de 5cm ×

8cm. La couverture est assurée par un transplant d'épiploon porteur des vaisseaux gastro-épiploiques droits qui sont anastomosés en termino-terminal à une branche de la carotide externe, en termino-latéral sur la jugulaire interne.

On prolonge la cervicotomie par une incision pré-tragienne, pour tunnéliser le transplant jusqu'à la perte de substance qu'il vient recouvrir. Il n'est pas fixé à la dure-mère; on ne met pas de drainage sous l'épiploon. Greffe dermo-épidermique de couverture.

La malade est mise aux antibiotiques et aux anticoagulants (héparine pendant 5 jours) Au premier pansement, le 5° jour, la greffe est vivante; au 8ème jour, on doit évacuer un hématome sous l'épiploon. Un mois aprés l'intervention, la prise de greffe est bonne, il existe une escarrhe de 2cm de large sur 3cm de long au niveau du cuir chevelu, en arrière de la zone greffée; elle est excisée. La malade quitte le service un mois aprés l'intervention.

Observation I2

Monsieur P. né en I954, est vu en Mars I972 pour pseudarthrose suppurée du fémur gauche sur fracture sus et intercondylienne datant de Novembre I970. Il existe une nécrose du fût diaphysaire sur 7cm, et une perte de substance cutanée antérieure de 3cm sur 2cm impossible à fermer. Le malade subit diverses interventions pour tenter de régler le problème osseux,mais en Octobre I972; il persiste à la face antéro-externe de la cuisse une large fistule au fond de laquelle l'os est visible. On la met à plat sous drainage aspiratif. La suppuration persiste, et en Décembre I972, on est en présence d'une cavité entre deux fragments osseux On décide de tenter avant l'amputation un transplant d'épiploon

gardant les vaisseaux gastro-épiploiques droits. L'anastomose est réalisée sur l'artère et la veine fémorales superficielles en termino-latéral aprés avoir fendu les vaisseaux gastro-épiploiques droits pour faciliter l'anastomose.

Lors du lachage des clamps, les battements artériels faibles, diminuent encore; l'épiploon devient violacé et on pratique une libération de l'adventice de l'artère gastro-épiploique droite, ce qui permet de retrouver des battements assez satisfaisants tandis que l'épiploon reprend une coloration normale. Il est alors tunnélisé jusqu'à la perte de substance et comble la cavité qu'il efface. Couverture par une greffe de peau mince. Un double fixateur externe assure la contention.

Le malade est mis sous antibiotiques et anticoagulants. Au premier pansement un hématome a infiltré l'épiploon et la greffe présente des signes de souffrance. Au I5ème jour, la greffe est noire, mais, par les orifices de drainage de l'hématome, l'épiploon apparait rose : Il y aura une greffe secondaire à envisager, mais un mois aprés l'intervention, la cavité est comblée et sèche.

E) EN RESUME,

Nous avons vu I2 observations montrant l'utilisation de l'épiploon dans le comblement des pertes de substance en chirurgie plastique, essentiellement selon deux principes techniques :

LE LAMBEAU PEDICULE

LE TRANSPLANT

En effet, les qualités plastiques de l'épiploon, sa souplesse, la richesse de sa vascularisation, son pouvoir de résorption et de lutte contre l'infection sont telles qu'elles ont été utilisées depuis dix ans dans de nombreux domaines.

H I S T O R I Q U E

Les premières publications montrant l'utilisation de l'épiploon datent de la fin du I9ème siècle.

En I896, DRUMMOND et MORISON pensent à l'employer pour le traitement des ascites (5I)

En I9I4, HALLOPEAU se sert d'une greffe épiploique libre pour combler une large perte de substance de la plèvre pariétale aprés ablation d'une tumeur.(24)

Depuis, l'utilisation de l'épiploon est bien connue en chirurgie abdominale pour protéger une suture, obstruer une brèche dans un parenchyme ou péritoniser dans les cas difficiles.

En I956, KIRICUTA rapporte de remarquables résultats avec des épiplooplasties dans les fistules vésico-vaginales post radiothérapiques(26). Ce n'est que quelques années plus tard, qu'il pense à une utilisation extra-abdominale de l'épiploon qu'il pédiculise et recouvre d'une greffe de peau mince pour traiter les vastes pertes de substance des radionécroses thoraciques aprés cancer du sein. (27- 28- 29-3I-32-35-36-)

Depuis IO ans, l'épiploon a fait l'objet de nombreux travaux expérimentaux, et a été utilisé dans les domaines les plus divers:

En I964, HENRI et COURBIER montrent qu'il permet une revascularisation das couches superficielles du myocarde et améliore l'insuffisance coronaire expérimentale.(23)

En I967, GOLDSMITH,obtient une amélioration du lymphoédème chronique et de l'insuffisance vasculaire périphérique en transposant de l'épiploon pédiculé(I5-I6-I9)

L'année suivante, il prouve le rôle de l'épiploon dans la lutte contre l'infection: expérimentalement, chez des chiens porteurs d'une prothèse vasculaire de Dacron, le transfert d'un lambeau épiploique entourant la prothèse permet de prévenir ou de limiter l'infection qui a été induite.(I7)

En I970, RUCKLEY et SMITH utilisent l'épiploon pour fermer des fistules périnéales,(43) et GOLDSMITH pour prévenir une rupture carotidienne aprés curage du cou suivi d'irradiation massive(I8)

Parallèlement, des travaux anatomiques précisent la vascularisation dont vont dépendre les possibilités de mobilisation et d'allongement (3-33-)

Actuellement, un champ nouveau vient de s'ouvrir: LE TRANSPLANT LIBRE avec anastomose vasculaire facilitée par les progrés de la micro-chirurgie vasculaire. (IO-I3-25-44-45-)

R A P P E L E M B R Y O L O G I Q U E

1) Initialement, chez l'embryon, les divers segments du tube digestif, se trouvent dans un plan sagittal et médian, et reliés sur toute leur longueur à la paroi abdominale postérieure par un méso appelé mésogastre postérieur en arrière de l'estomac.

2) La formation de la cavité hépato-entérique isole le méso hépatocave à droite, et le mésogastre postérieur proprement dit à gauche.

3) L'arrière cavité des épiploons est un prolongement transversal rétro-gastrique de la cavité hépato-entérique qui permet la rotation de l'estomac dont la petite courbure se trouve à droite & la grande courbure à gauche.

4) Le sac épiploique, ébauche du futur épiploon, est constitué par le prolongement de l'arrière cavité en dessous de l'estomac.

5) Il comporte quatre feuillets transversaux accolés deux à deux. Les deux feuillets antérieurs engainent l'estomac; les deux feuillets postérieurs aprés s'être accolés sur le côlon transverse et son méso, vont engainer le corps du pancréas.

6) Latéralement, l'épiploon présente deux cornes; prolongements cloisonnés du sac épiploique et ligaments suspenseurs des angles coliques.

7) Il existe chez l'embryon un espace decollable entre le sac épiploique d'une part et le mésocôlon de l'autre.

8) La vascularisation de ce sac épiploique se fait à partir d'ébauches vasculaires tributaires du système porte, à gauche venant des vaisseaux spléniques, (vaisseaux gastro-épiploiques gauches) à droite des vaisseaux duodénaux-pancréatiques(gastro épiploiques droits)

Ainsi se trouve réalisée chez l'embryon, une arcade artérielle le long de la grande courbure gastrique. Enfin, le sac épiploique présente de trés nombreuses ramifications vasculaires.

R A P P E L A N A T O M I Q U E

I) Définition : c'est un repli péritonéal chargé de graisse, appendu à la grande courbure gastrique, accolé au côlon transverse et libre devant la masse intestinale qu'il recouvre en tablier.

2) Il comprend deux portions:

a) le ligament gastro-colique compris entre la grande courbure de l'estomac et le côlon transverse. Il ferme en avant l'arrière cavité des épiploons. Il est diaphane dans sa portion médiane où il n'est constitué que par la lame antérieure du sac épiploique, au contraire plus épais latéralement du fait de son accolement à la lame postérieure du sac épiploique.

b) le grand épiploon proprement dit est la portion libre qui descend du côlon transverse.

3) les dimensions de l'épiploon sont variables, volontiers en rapport avec le type constitutionnel du sujet: il est plus développé et plus riche en graisse chez les sujets pléthoriques.

4) la vascularisation : son étude est essentielle et a fait l'objet de travaux récents.

Elle est assurée par deux arcades: l'arc vasculaire de la grande courbure et l'arc vasculaire de Barkow.

a) l'arc vasculaire de la grande courbure : il est formé par l'anastomose de l'artère gastro-épiploique droite, branche de l'artère gastro- duodénale, et de l'artère gastro-épiploique gauche branche de l'artère splénique. Il est situé à 10 ou 20mm de la grande courbure. L'artère gastro-épiploique droite est en règle plus volumineuse et plus longue que la gauche; c'est elle qui sera surtout utilisée.

L'arc vasculaire donne:

-des branches ascendantes,courtes,pour les faces de l'estomac et le pylore.

-des branches descendantes,longues et courtes.Les branches longues descendent jusqu'au bord libre du grand épiploon et se recourbent pour monter à la face postérieure dans le feuillet profond.Les principales sont l'a artères épiploique droite,branche de la gastroépiploique droite,épiploique gauche,branche de la gastroépiploique gauche,épiploique moyenne qui nait à la jonction des artères gastroépiploiques.Les branche courtes descendantes s'anastomosent entre elles et avec les branches longues qui rejoignent pour la plupart l'arc de Barkow.

b)-L'arc vasculaire de Barkow:situé dans le feuillet postérieur du grand épiploon,il est formé par l'anastomose de la première branche épiploique droite venue de l'artère gastroépiploique droite et de la première branche épiploique gauche venue de l'artère gastroépiploique gauche.L'artère épiploique moyenne se bifurque en deux branches droite et gauche qui rejoignent l'arc.Il est au bord inférieur de l'épiploon.

c)-variations:

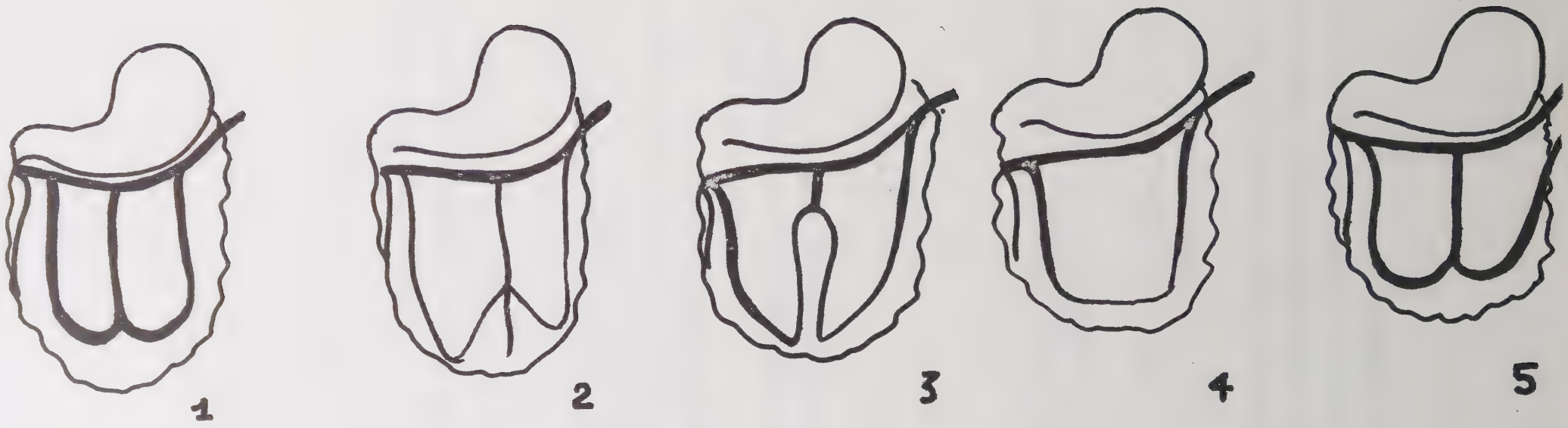
Nous ne retiendrons,à la suite de GOLDSMITH(3)que 5 variations essentielles qui ont une incidence chirurgicale, lors de la mobilisation et de l'allongement de l'épiploon.

-le plus fréquemment,l'artère épiploique moyenne se bifurque très bas près du bord inférieur du grand épiploon

-l'artère épiploique moyenne se bifurque ou se trifurque à mi-chemin de l'arcade gastroépiploique et du bord inférieur du grand épiploon.(I4%)

-cette artère se divise à 2 ou 3 cm.de l'arcade gastroépiploique,donc près de la grande courbure de l'estomac.

-elle est absente



VASCULARISATION DU GRAND EPIPLOON : SES VARIATIONS SELON ALDAY- GOLDSMITH

-la branche terminale de l'artère splénique ne participe pas à la formation de l'arcade gastroépiploique,mais donne la première artère épiploique gauche.L'artère épiploique moyenne naît de l'artère gastroépiploique droite.

e)-les veines:sont tributaires du système porte et comme toutes ces veines ont une paroi très mince et donc très fragile.

f)-le réseau lymphatique est très développé et joue vraisemblablement un rôle nutritionnel et trophique important.

5) conclusions:

Cette étude anatomique explique la facilité d'utilisation de l'épiploon par une mobilisation aisée grace à un décollement colo-épiploique

par les possibilités d'allongement,en respectant les grands axes vasculaires qui le parcourent

par sa richesse vasculaire et les qualités propres au tissu péritonéal qui en font un élément d'une grande trophicité.

En cas de transplant ses difficultés d'utilisation tiennent plus à la fragilité de la paroi veineuse qu'au calibre pourtant faible des vaisseaux.

L E S T E C H N I Q U E S

Il convient maintenant de préciser les modalités techniques d'utilisation de l'épiploon dans les pertes de substance en chirurgie plastique.

Deux techniques se complètent mais différent par leur réalisation:

LE LAMBEAU qui conserve son pédicule vasculaire

LE TRANSPLANT qui implique une anastomose artérielle et veineuse de réalisation d'autant plus délicate qu'il s'agit de vaisseaux de petit calibre,de veines aux parois minces.

Nous les étudierons successivement.

I) LE LAMBEAU PEDICULE

a)-médiane sus-ombilicale allant à la découverte de l'épiploon.On apprécie l'existence éventuelle d'adhérences dues à des interventions antérieures.Chez quatre de nos malades qui avaient subi une laparotomie,la mobilisation de l'épiploon n' a présenté aucune difficulté.(obs.I,2,4,8).

On note aussi la longueur de l'épiploon par rapport à la distance de la région réceptrice,et sa disposition vasculaire, en particulier la taille respective des artères gastroépiploiques droite et gauche et l'existence d'un arc de Barkow,plus ou moins développé.

Au terme de ce bilan per-opératoire,il est exceptionnel comme ce fut le cas chez une de nos malades(obs.2) de pouvoir extérioriser l'épiploon sans aucune préparation préalable.Il faut en règle pratiquer un décollement colo-épiploique.

b)-décollement colo-épiploique:

Il doit être très soigneux évitant de léser le mésocolon transverse et ses vaisseaux et de créer des brèches dans l'épiploon souvent fin.

c)-libération de l'arcade gastroépiploique:elle doit être absolument atraumatique.Il faut lier un à un tous les vaisseaux courts le plus près possible de la grande courbure ce qui est plus facile à droite qu'à gauche où l'arcade est plus proche de la grande courbure.KIRICUTA(27) conseille de passer du coté gastrique les fils à l'aiguille montée en prenant la couche musculo-séreuse.DU coté épiploique,les ligatures seront faites de proche en proche pour éviter par lachage d'une pince à hémostase la survenue d'un hématome diffusant dans l'épiploon.Au maximum,dans les cas où l'arcade est trop proche de la grande courbure gastrique,ou lorsqu'elle est discontinue,ce qui est rare,KIRICUTA(37) a recours à la mobilisation en bloc de l'arcade vasculaire avec une bande étroite (I,5 à 2 cm.)séro-musculaire prise sur la longueur de la grande courbure gastrique sans léser la muqueuse:(il faut infiltrer la sous-muqueuse gastrique avec de la novocaïne).Pour assurer l'hémostase,on suture les berges de la plaie pariétale gastrique et celles de la bande musculo-séreuse.L'artère est ainsi protégée par cette bande musculo-séreuse mobilisée.

d)-choix du pédicule vasculaire:il est fonction du calibre des vaisseaux et de l'allongement désiré.

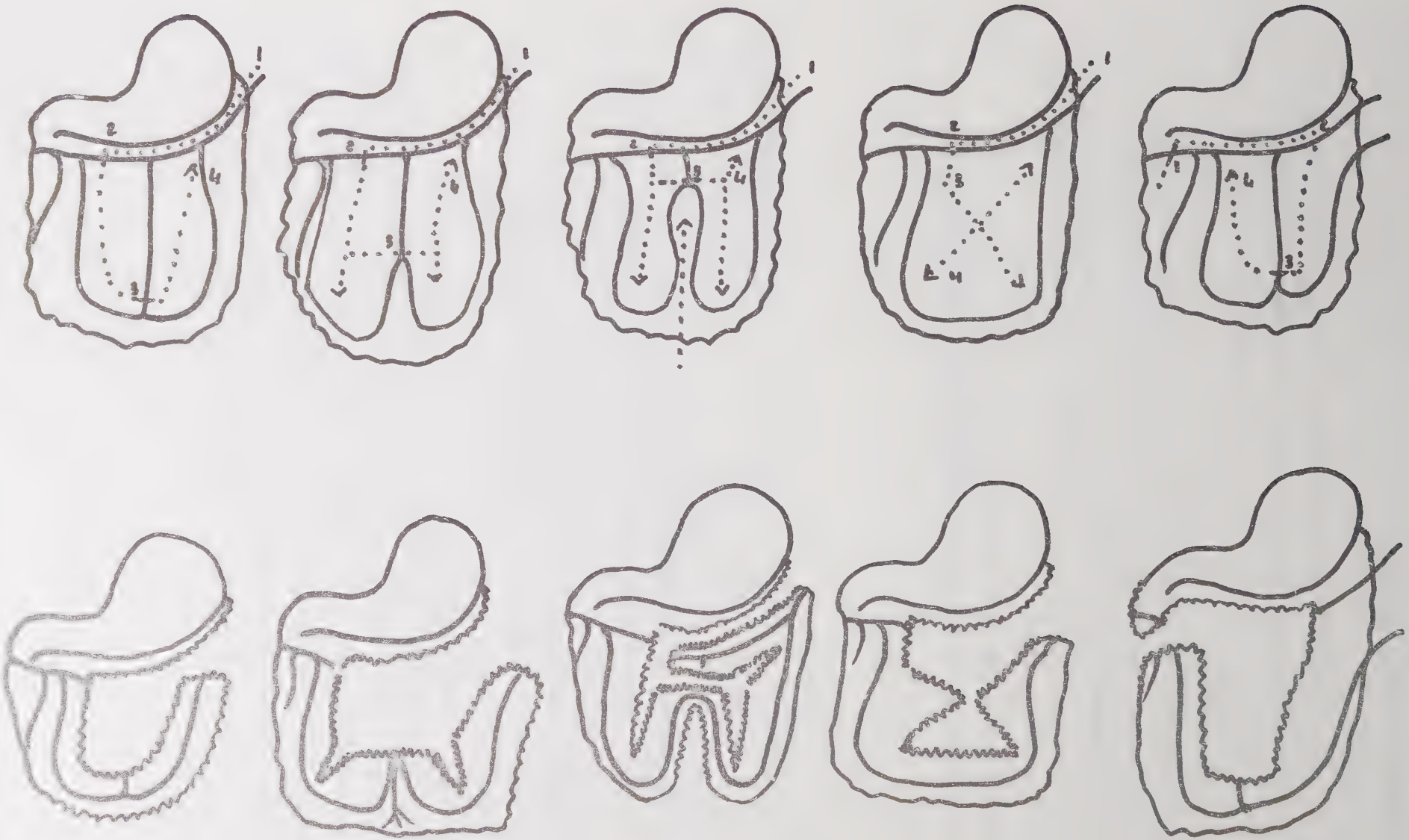
-le calibre des vaisseaux.Le diamètre de l'artère gastro-épiploique droite est supérieur en général à celui de l'artère gastroépiploique gauche ce qui favorise un lambeau basé à droite.Il est prudent de clamper les vaisseaux avant de les sectionner afin de contrôler les battements de l'artère que l'on veut garder.

-l'allongement épiploique désiré.Il n'est en fait que faiblement influencé par le choix du pédicule sauf pour des pertes de substance très éloignées de la cavité abdominale (membre inférieur par exemple).Au niveau du thorax,notre expérience nous a montré qu'il valait mieux choisir le pédicule du côté opposé à la lésion que nous voulions traiter, pour éviter toute torsion ou coudure de l'axe vasculaire. (obs.5 et 8).Enfin dans deux cas,nous avons conservé l' arcade vasculaire dans sa totalité(obs. 2 et 6).

e)-subdivisions épiploiques:si l'allongement ainsi réalisé est insuffisant,le tablier épiploique peut être subdivisé pour former "une mèche"(27).Cette subdivision ne peut être faite qu'après une étude soigneuse per-opératoire de la disposition vasculaire,en particulier de celle de l'artère épiploique moyenne et de l'importance de l'arc de Barkow.Il faut éviter cette subdivision si l' arc de Barkow est insuffisamment développé.Nous résumons dans le tableau n° 2 les différents modes de cette subdivision(GOLDSMITH-ALDAY-3).

f)-tunnélisation:l'épiploon est amené jusqu'à la perte de substance à recouvrir par un décollement sous-cutané effectué depuis la médiane sus-ombilicale jusqu'aux berges de la lésion qui seront réséquées à la demande.Cette tunnelisation doit être très soigneuse,disposant l'épiploon à sa sortie de l'abdomen par l'extrémité de la médiane la plus proche de la région réceptrice,voire, sicela n'est pas possible par une contre-incision,(obs.8°),évitant toute torsion du pédicule et toute traction.

SUBDIVISIONS EPIPLOIQUES EN FONCTION DE LA VASCULARISATION



KIRICUTA conseille même de sectionner transversalement la gaine des droits pour laisser un orifice de sortie suffisamment large. (37)
Le pédicule est ourlé à l'orifice péritonéal.

Au niveau de la zone réceptrice,l'épiploon est fixé par quelques points de catgut 00.

g)-greffe de peau mince:une greffe de peau mince,prélevée sur la cuisse est mise en place sur le grand épiploon. Elle est suturée aux berges et fixée sur bourdonnet après injection de pénicilline thrombase.

h)-fermeture de la médiane:plan par plan en laissant un orifice de sortie suffisamment large pour le pédicule épiploique.

II) LE TRANSPLANT

L'idéal est d'opérer à deux équipes,l'une prélévant le transplant,l'autre préparant la zone réceptrice.

a)nous ne reviendrons pas sur l'abord de l'épiploon qui est le même que pour le lambeau pédiculé.

b)-dissection de l'arc gastro-épiploique:c'est un temps essentiel et particulièrement minutieux et atraumatique.On apprécie le calibre respectif des vaisseaux et l'aspect des veines.Pour des raisons de diamètre,nous avons toujours choisi les vaisseaux gastroépiploiques droits.Il faut les disséquer jusqu'à leur origine pour leur garder une longueur suffisante car ils ont tendance à se rétracter,une fois sectionnes.

Les vaisseaux gastroépiploiques gauches que l'on ne garde pas,ne seront sectionnés qu'après s'être assuré,en les clampant,que les vaisseaux gastroépiploiques droits battent et que le futur transplant à bon aspect.

c)-préparation de la zone réceptrice:parrallèlement,on isole le paquet vasculaire sur lequel sera effectuée l'anastomose.Chez trois de nos malades qui ont eu un transplant à la face,nous avons,dans un souci de sécurité,renoncé à l'anastomose sur les vaisseaux temporaux superficiels(risque de thrombose à cause d'un calibre insuffisant),et effectué celle-çi dans un cas sur la carotide externe,dans les deux autres sur ses branches.Dans ces trois cas la veine choisie fût la jugulaire interne.Pour notre quatrième malade,l'anastomose a été réalisée sur les vaisseaux fémoraux superficiels.

d)-section dernière des vaisseaux gastroépiploiques: qui sont lavés au sérum hépariné,en prenant la précaution d'avoir des tranches de section parfaitement régulières sur des vaisseaux parfaitement disséqués;auparavent le transplant aura été taillé à la demande en sachant que nous avons toujours eu trop d'épiploon.

e)-l'anastomose vasculaire:Elle a été réalisée selon les régles propre à toute chirurgie vasculaire.

-l'anastomose artérielle:s'est faite en termino-latéral dans 2 cas,l'un à point séparé(obs.9),l'autre par deux hémi-surjets(obs.I2).

en termino-terminal dans deux autres cas à points séparés(obs.I0 et II).

-l'anastomose veineuse:c'est elle qui pose les problèmes majeurs,non pas du faît du calibre de la veine gastroépiploique droite mais de la texture de ses parois.Nous avons eu recours à quelques artifices:injectionde sérum

hépariné pour regonfler la veine collabée et faciliter l'anastomose.Celle-ci a été faite dans tous les cas en termino-latéral avec deux hémi-surjets.

-nous avons utilisé pour ces anastomoses du prolène 000000.

Une fois l'anastomose réalisée on s'assure après déclampage de sa perméabilité en vérifiant les battements artériels et l'aspect du transplant.Dans un cas(obs.I2),le spasme vasculaire qui compromettait la vitalité du transplant a été levé par une sympathectomie péri-artérielle.

f)-une fois l'anastomose vasculaire réalisée les temps ultérieurs sont fonction de l'indication du transplant et du siège de la perte de substance à combler.

III) LE DRAINAGE

Le drainage n'a pas été systématique.

Un seul cas traité par lambeau fut drainé par REdon sous l'épiploon(obs.8).

Deux transplants sur quatre ont été drainés par redon(obs.9 et IO).

S U I T E S O P E R A T O I R E S

I)-MORTALITE:nulle

II)-MORBIDITE:

a)-aucune complication d'ordre général n'est à déplorer chez nos malades.Cependant,il faut se méfier chez des malades dont la fonction respiratoire est précaire d'ajouter un risque ventilatoire supplémentaire par une intervention visant à réparer une radio-nécrose thoracique et utilisant une technique thoraco-abdominale.

b)-complications liées à l'intervention:

-abdominales pures:ont été nulles dans notre série:le transit a repris facilement.Il faut,toutefois,se méfier du risque théorique jamais rencontré dans notre série et dans la littérature d'un hématome ou d'un hémopéritoine par hémostase défectueuse des tranches épiploiques ou par lésion d'un vaisseau du mésocôlon transverse.

-au niveau de la lésion traitée:

1)-l'hématome:sa survenue parait avant tout liée aux conditions propres à la lésion que l'on veut traiter,plus qu'à la technique utilisée.

après lambeau,nous ne l'avons retrouvé qu'une fois(obs.8); et ceci,malgré un drainage sous-épiploique du creux axillaire.

après transplant,sur quatre malades,quatre hématomes:
2(obs 9 et I0)malgré un drainage par drain de redon,
2(obs II et I2) par saignement respectif de la dure-mère et du foyer de fracture,ces deux malades n'ayant pas été drainés.

Fait essentiel,cet hématome n'a pas de retentissement sur la vitalité de l'épiploon mais uniquement sur celle de la greffe.

2)-complications d'ordre vasculaire

après lambeau:la thrombose du pédicule n'a jamais été observée,il convient de rappeler qu'il est important d'éviter toute torsion et toute compression.

après transplant:les complications vasculaires ont été étudiées chez deux de nos malades (obs.9 et IO) qui ont eu une artériographie régionale,un mois après l'intervention.Son interprétation est délicate.En effet,il semble dans l'observation 9 que l'axe vasculaire du greffon se soit thrombosé mais on a retrouvé une néovascularisation par des vaisseaux de voisinage. Nous ne faisons que soulever le problème qui mérite indiscutablement une étude expérimentale complémentaire.En effet,chez ce malade lors d'une réintervention au 8ème jour,on avait pu voir des veines thrombosées;six mois après,le transplant épiploique s'e est résorbé;deux hypothèses peuvent se discuter:

-la maladie causale peut intervenir dans cette résorption.Nous n'avons aucune preuve à y apporter.

-le pédicule transplanté s'est thrombosé comme le montre l' artériographie et la néovascularisation induite ne serait pas suffisante pour assurer la vitalité du greffon.Cette thrombose a pu être facilitée par le pansement compressif laissé en place pendant trois jours.

La deuxième observation montrait un greffon vascularisé avec un axe perméable,mais il s'est,lui aussi,résorbé au troisième mois,ce qui vient apporter un argument supplémentaire à la première hypothèse et poser le probléme du choix de la technique dans l'hémiatrophie faciale.

Ce genre de complication n'a pas été prévenu par le traitement anticoagulant qui a été systématique les premiers jours après tous nos transplants.

3)-l'infection:tous nos malades ont été mis aux antibiotiques de couverture à large spectre et non allergisants. Dan un seul cas,(obs.2),nous avons eu une élimination de la greffe

liée à l'infection,mais se surajoutait le problème de la fermeture d'une fistule vésicale.Néanmoins,cette malade est partie guérie après mise en place d'une nouvelle greffe.

Dans l'observation 6,on voit que l'infection du sous-sol n'a pas empêché la prise de la greffe sur le lambeau épiploique, mais cela pose le problème de l'éradication définitive de toute infection préalable dans la zone à greffer avant d'envisager la reconstruction plastique.Cependant notre dernier malade,dont la suppuration osseuse n'était pas complétement tarie,a actuellement un foyer comblé et sec mais nous manquons de recul pour juger.

4)-la nécrose:

dans les lambeaux:nous l'avons observée dans deux cas;dans l'un (obs.I),elle siégeait au niveau du tissu dystrophique avoisinant ce qui souligne l'intérêt d'enlever le maximum de tissu dystrophique dans la mesure,peu limitative,où l'utilisation de l'épiploon le permet;dans l'autre (obs.8),il s'agit d'une nécrose de la greffe,limitée,conséquence d'un hématome.

Dans les transplants,les problèmes sont analogues:nécrose du cuir chevelu avoisinant la greffe (obs.II);nécrose totale de la greffe secondaire à un hématome (obs.I2).

La durée moyenne d'hospitalisation des malades a été de trois semaines environ.

R E S U L T A T S

Ils seront tous appréciés au premier mois post-opératoire et certains d'entre eux plus tardivement.

Nous allons séparer les résultats des lambeaux et ceux des transplants.

I)-LES LAMBEAUX:

Toutes nos greffes sur lambeau épiploique ont pris de première intention sauf une qui a nécessité une reprise réussie.Or, le sous-sol des lésions ainsi traitées n'était pas favorable à la prise de telles greffes,du faît de l'existence d'une nécrose osseuse,de tissus peu réceptifs comme la plèvre irradiée,d'une infection toujours associée.La greffe obtenue est rose et souple de même que les tissus avoisinants.Nos résultats confirment ceux publiés dans la littérature,en particulier la belle série de KIRICUTA (27-3I-35) et de DUPONT-MENARD (I2).

II)-LES TRANSPLANTS:

Nous n'avons que quatre cas à présenter.

DEUX transplants pour hémiatrophie faciale.Il s'agit là d' échecs puisque les transplants se sont résorbés.Le problème de cette résorption est posé:le pédicule s'est-il thrombosé ou la néo-vascularisation a-t-elle été si grande que l'épiploon s'est intégré au métabolisme local,inconnu,dont la conséquence est l' atrophie faciale.Ce type de technique ne parait pas adapté à de tels cas,mais nous manquons d'autres observations et de connaissances anatomo-pathologiques et histo-chimiques plus précises pour conclure.

UN transplant pour radio-nécrose du cuir chevelu.malgré l' aridité du sous-sol dure-mérien,le transplant épiploique a permis la prise de greffe et nous considérons qu'il s'agit là,d' un très bon résultat,d'autant que les possibilités de couverture locale étaient nulles.

UN transplant pour pseudarthrose suppurée du fémur.Malgré la survenue d'un hématome responsable d'une nécrose de la greffe, l'épiploon est vivant,a comblé la perte de substance du foyer, et parait avoir permis son asséchement.Le recul étant court,la greffe secondaire est à faire.Un tel résultat,s'il se maintient et se renouvelle ouvre de grands espoirs dans le traitement si difficile des pseudarthroses suppurées.L'épiploon,en comblant la perte de substance,en asséchant, voire même en revitalisant le foyer permettrait un traitement orthopédique,jusque là impossible EN effet cette observation nous invite à un certain optimisme car,UN MOIS,après l'intervention,alors que ce malade suppurait continuellement depuis deux ans,le foyer reste sec.

L'étude de ces résultats nous invite à aborder le dernier chapître de notre travail:il concerne les indications opératoires

I N D I C A T I O N S O P E R A T O I R E S

Nous les envisagerons en fonction:

I) LE TERRAIN : les contr'indications de telles interventions ne sont en définitive que celles de toute intervention chirurgicale habituelle.

II) LA MALADIE CAUSALE : elle n'entre pas en ligne de compte dans l'indication opératoire, mais elle pose le problème du pronostic qui est lié bien entendu à l'affection initiale.

III) LES TENTATIVES PLASTIQUES ANTERIEURES : elles ont tendance à bouleverser la couverture cutanée de voisinage et à détériorer la vascularisation périphérique souvent précaire (radiodystrophie) compromettant ainsi les chances de succès. Elles invitent à mesurer leurs indications en tenant compte des techniques qui font l'objet de notre travail.

IV) LE TYPE DE LESION c'est essentiellement lui qui va conditionner l'acte opératoire. Il convient que ce soit des lésions cutanées ou sous-cutanées dont l'histoire montre qu'elles n'auront aucune tendance spontanée à guérir, ou que les autres thérapeutiques sont plus complexes ou plus aléatoires.

En effet, l'utilisation de l'épiploon, s'il faut en tenir compte chaque fois qu'il y a un problème plastique difficile, ne doit pas être généralisée à tous les cas. Mais la radionécrose thoracique par exemple, en est l'indication type , d'autant qu'elle évite la mutilation du sein opposé, que l'on pourrait utiliser à des fins de couverture, et que l'étendue réelle des tissus radiodystrophiques est souvent plus grande qu'il ne paraît et expose ainsi tout lambeau local au risque de sphacèle. (4-27-37-)

V) -L'ETENDUE : elle ne pose pas de problème de couverture; il y a toujours assez d'épiploon. Par contre, la surface d'utilisation dans le cadre des lambeaux, dépend de la distance de la lésion à recouvrir au pied de ce lambeau. Des recoupes épiploiques peuvent être nécessaires pour l'allonger.

VI) - LE SIEGE : c'est lui qui va faire le choix entre les deux techniques que nous avons décrites. Le lambeau sera toujours tenté chaque fois qu'il est possible car sa réalisation présente dans l'état actuel une plus grande sécurité. En effet, le transplant ne vit que des contr'indications du lambeau; il nécessite un axe vasculaire récepteur perméable et de calibre suffisantainsi que des équipes expérimentées. Ses indications doivent être choisies et limitées : plus la lésion à traiter est éloignée de la cavité abdominale, plus le malade a des chances d'avoir un transplant, en sachant cependant que la lambeau peut atteindre des régions comme le pavillon de l'oreille ou le genou (I9- 27-)

VII) L'INFECTION : elle ne constitue pas une contr'indication opératoire et invite à préférer l'utilisation de l'épiploon à toute autoplastie locale étant donné sa capacité de lutte contre l'infection (I7)

VIII)- LES PERSPECTIVES D'AVENIR :

a) dans le cadre de la chirurgie plastique : l'épiploon, quelle que soit la technique utilisée, amène un sous-sol bien vascularisé, modelable, permettant de combler une perte de substance et de réaliser en même temps une couverture cutanée.

KIRICUTA propose ,dans les cas d'épiploon trop court, ou de transplant impossible, d'utiliser un lambeau épiploique migrateur mis en sous-cutané, et dont le pédicule sera sectionné aprés trois semaines, permettant alors de mobiliser un bloc cutanéo-épiploique.

Le transplant peut constituer une solution intermédiaire ou peut-être définitive à l'une des ambitions de la chirurgie plastique (dans la mesure où la microchirurgie vasculaire ne donnerait pas tout ce que l'on souhaiterait d'elle) : le transfert monobloc avec anastomose vasculaire d'un revêtement cutané et de son sous-sol pour traiter des lésions cutanées variées avec support inexistant ou déficiant dans n'importe quelle région anatomique.

b) en chirurgie générale, nous avons vu dans notre historique les différentes utilisations de l'épiploon dans le cadre de cette chirurgie.

Notre dernier malade peut nous permettre d'espérer dans le domaine difficile de la traumatologie infectée avec perte de substance cutanée,des résultats encourageants.

C O N C L U S I O N S

Au terme de cette étude, nous pouvons dire que :

I) Dans les cas de pertes de substance cutanées au sous-sol défectueux, qu'il s'agisse de lésions radio-induites ou de lésions post traumatiques infectées, l'utilisation de l'épiploon recouvert d'une greffe de peau mince constitue un traitement remarquable.

2) Le transfert pédiculé est de réalisation aisée, ne menace pas la vie du sujet, n'entraîne pas de complication grave.

3) Le transplant ne vit que des contr'indications du lambeau, et ses indications doivent être rigoureusement choisies.

4) Si ces techniques n'interdisent pas de tenter des autoplasties locales, elles peuvent en faire restreindre les indications dans la mesure où leur succès est incertain, nécessite parfois de multiples interventions, entraîne une mutilation supplémentaire, alors que le lambeau surtout, le transplant avec les restrictions dont nous avons parlé, offre en un temps opératoire des chances exceptionnelles de succès.

5) Enfin, ces techniques ouvrent des perspectives d'avenir dans me domaine de la chirurgie plastique par le transfert monobloc d'un fragment cutané et de son sous-sol. Elles peuvent même déborder le cadre strict de cette chirurgie.

FACULTE DE MEDECINE PARIS- LARIBOISIERE- SAINT-LOUIS

PARIS VII
Année I973 N°

T H E S E
pour le

DOCTORAT EN MEDECINE (diplôme d'état) par

Hélène L A M B E R T
née P E N E T le I7 Juillet I943 à Pau (64)

Interne des hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

TRANSFERTS EPIPLOIQUES LIBRES OU PEDICULES DANS LE COMBLEMENT DES PERTES DE SUBSTANCE EN CHIRURGIE PLASTIQUE. A propos de I2 cas -

VU
et permis d'imprimer
le Recteur
de l'Académie de Paris

Président: Monsieur le Professeur DUPERRAT

B I B L I O G R A P H I E

1 - ARONSON-SHAHAR- Formation of histiocytes by the omentum in vitro- Experimental cell research. vol.38-N°1- April 1965.

2 - ANTIA N.H.- BUCH V.I. - Transfer of an abdominal dermo fat graft by direct anastomosis of blood vessels. British Journ. of Plast. Surg. XXIV-n°1. Jan.1971- 15.19-

3 - ALDAY- GOLDSMITH- Surgical technique for omental lengthening based on arterial anatomy- Surg. Gynec. Obst.July 1972- 135- 103. 105 -

4 - ABBES- SABATIER- à propos de quelques observations de réparation pariétale au cours du traitrment radio chirurgical du cancer du sein. Ann. de Chir. Plast.XV- 1970- n°2-

5 - BOUCHET- précisions anatomiques et techniques relatives à la chirurgie du grand épiploon. Journal de Chir. Fév.1962. 83

6 - CAYOTTE- RENARD - l'anatomie vasculaire du grand épiploon et ses applications chirurgicales. Arch. Franç. des maladies de l'app. digestif. Fév.1969- 58- N°1-2- 94.95-

7 - CHEVREMONT- Cytologie- Histologie-

8 - CASTEN- ALDAY- omental transfer for revascularisation of the extremities- Surg. Gynec. Obst.1971- 132. 301-304-

9 - CONVERSE - Follow up of a patient with hemifacial atrophy treated by a buried de-epitheliazed flap. Plast. & Rec. Surg. Sept.1971- 48- n°3-

10 - CROWELL- YASARGIL- experimental microvascular autografting: technical note- Journ. of neurosurg. 1969- 31-101-104-

11 - DEUTSH- ADAR- Angiography of the great omentum. Amer. Jour. of roentgenology- Sept.1971-113-174-180-

12 - DUPONT- MENARD- transposition of the great omentum for reconstruction of the chest wall. Plast. & Reconst. Surg.49- n°3- 263-267-March 1972-

13-DONALD MAC LEAN-BUNCKE- autotransplant of omentum to a large scalp defect with microsurgical revascularisation- Plast.& Recons. Surg. 49-n°3- 268-273-
14 - DUFOURMENTEL- MOULY - radiodermites- radionécroses thoraciques- Chirurgie plastique-
15 - GOLDSMITH H.S.- DE LOS SANTOS- omental transposition in primary lymphoedema- Surg. Gynec.& Obst.1967-125- 607.610-
16 -GOLDSMITH- DE LOS SANTOS- relief of chronic lymphoedema by omental transposition - Annals of Surg. Oct.1967- vol.166- n°4- 573.583-
17 - GOLDSMITH- DE LOS SANTOS-experimental protection of vascular prothesis by omentum. Arch. of Surg.Dec.1968- 97-n°6- 872.878-
18 - GOLDSMITH- BEATTIE E.- carotid artery protection by pedicled omental wrapping- Surg. Gynec.& Obst. 1970-130-n°1-57.60-
19 - GOLDSMITH- omental transposition in perivascular insuffisency- Revue of Surg.1967- 24-379-
20 - GOLDWIN- LAMB- WHITE- an experimental study of large island flaps in dogs- Plast.& Reconst. Surg. 1963-31-528.536- Follow up clinic. 1971-47- 495-
21 - HAMILTON- ROYSTER H.P.- reconstruction of extensive forehead defects- Plast.& Reconst. Surg. 1971-47- 421.424-
22 - HIRSHOWITZ - MAHLER- GOLDAN - surgical treatment of chronic radiation injuries of axilla and shoulser- Plast.& Reconst. Surg. 1969- 44- n°3- 261-
23 - HENRI- COURBIER- traitement chirurgical de l'insuffisance coronaire par l'épiplooplastie. Ann.de Chir.thorac. & cardio vasc. 1964- 3- 228.237-
24 - KLIZOWSKI- étude sur les greffes épiploiques libres- Afrique franç. de chir. Déç.1958- 16-n°6- 473.477-
25 - KRISEK- TANI- DESPREZ-& KIEHN- experimental transplantation of composite graft by microsurgical vascular anastomoses. Plast. & Reconst. Surg. 1965- 36- 538.546-

26 - KIRICUTA- GOLDSTEIN -l'épiplooplastie vésicale.Méthode pour le traitement des fistules vésico vaginales. Obstetrica si Ginecologia Bucuresti- 1956-2-163.172.
27 - KIRICUTA I- l'emploi du grand épiploon dans la chirurgie du sein cancéreux. Presse médicale. 1963- 1-15.17-
28 - KIRICUTA I.- GOLDSTEIN B.M.- Das omentum als Ersatzmaterial der blasenwand bei durch strahlen verursachten blasenfisteln-Krebsarzt- 1961- 5- 202.207-
29 - KIRICUTA I. the plastic of the breast with great epiploon Congrés intern. tchécoslovaque de chirurgie. Bratislava. 1964-
30 - KIRICUTA I. l'utilisation du grand épiploon dans le traitement des fistules vésico-vaginales, recto vésico-vaginales et dans les cystoplasties. Journ. de chir. 1965-4-477.484-
31 - KIRICUTA I.- POPESCU- DAVID E.- SIMU G.- biochimie- morphologie und transplantationsfragen der radionekrosen. Zentralblatt für chir. 1967- 26- 1147.1152-
32 - KIRICUTA I.- la plastie du sein avec le grand épiploon- Congrés Soc. Franç. de chir.plast. 1969-
33 - KIRICUTA I.- GALATAR S.- la chirurgie du grand épiploon et l'importance de la reconnaissance de sa vascularisation Chirurgia (Bucuresti) 1970-10- 881.889.
34 - KIRICUTA I.- GALATAR S. étude expérimentale de la transplantation du grand épiploon dans les régions de flexion du corps. XVII congrés Soc. Franç. de chir.plast. 1971-
35 - KIRICUTA I.- plastie du sein avec le grand épiploon pédiculé- Revue de médecine & hygiène. Genève.1972-15-VII-1018.1090
36 - POPESCU- aspecte ale chirurgiei reparatore pe tesuturi iradiate. Teza de doctorat. IMF Timisoara.1969-
37- KIRICUTA I.- le traitement des radionécroses des plis de flexion(axillaires, inguinaux, cervicaux) à l'aide du grand épiploon greffé avec des lambeaux libres dermo-épidermiques. Annales de Chir.plast. 1973-
38 - KIRICUTA- GOLDSTEIN A.M.B.- the repair of extensive vesico vaginal fistulas with pedicled omentum:a revue of 27 cases. Journ.of Urology-1972- vol.108-724.727-

39 - NICHOLAS A. MICHELS- Blood supply and anatomy of the upper abdominal organs.
40 - NYLANDER - TJERNBERG- the lymphatics of the great omentum. An experimental study in the dog. Lymphology- I969-2I-3.7.
4I - REES : radiation necrosis of the chest wall- Plast.& Recons. Surg. july I96I- 28-n°I-p.67-
42- ROUVIERE- Anatomie du corps humain.
43 - RUCKLEY- SMITH- perineal closure by omental graft - Surg. Gyn. and Obst. August I970-I3I-2-300.302-
44 - STRAUCH B.- MURRAY- transfer of composite with immediate suture anastomosis of its vascular pedicle measuring less than Imm in external diameter using microsurgical techniques. Plast.& reconst. Surg. I967- 40- 325.329-
45 - SCHECHTER- BILLER and OGURA- revascularized skin flaps : a new concept in transfer of skin flaps. Laryngoscope- I969- 79- I647.I665
46 - TURNER- WARWICK- the use of the omental pedicle graft in the repair and reconstruction of the urinary tract. British J. of Surg. Oct.I967- 54- n°IO- 849.853-
47 - VAUBEL E.- Die omentum transposition. Ein Beitrag zur rekonstruktiven chirurgie. Habilitationsschrift (vorgelegt dem fachbereich der Frein Universität Berlin) I972- 96.98.
48 - VAUBEL E.- WILLING F.- Die Deckung grössflachiger Weichteildefekte im thoraxbereich nach extirpation von lokalrezidiven oder strahlenulcera mit hilfe der omentum transposition. Symposium international des thérapeutiques non mutilantes des cancers du sein. Médecine et hygiène-I972- IOI8- I09I.I092-
49 - WILLING- VAUBEL - le traitement de l'oedème lymphatique aprés l'amputation du sein, à l'aide de la transposition de l'épiploon. Médecine et Hygiène- I972- IOI8- I090.
50 - VINEBERG AM. SYED.- arterial vascular pathways from subclavian arteries to coronary arterioles created by free omental myocardial implants. A preliminary report. Canad. med.Journ.I967- 97- 399.40I-
5I - DRUMMOND- MORISON - a case of ascites due to cirrhosis of the the liver cured by operation. Brit. med.Journ.I896-2- 728.